

Standardy opieki pielęgniarskiej chorego nieprzytomnego

Maria Kózka, Helena Paluch

Wprowadzenie

Stan nieprzytomności jest następstwem bezpośredniego uszkodzenia mózgu (pierwotne zaburzenie przytomności) lub powstaje w przebiegu zatrucia oraz chorób ogólnoustrojowych i narządowych (wtórne zaburzenie przytomności).

Pielęgnowanie chorego zgodnie z opracowanymi standardami może zmniejszyć występujące zaburzenia w stanie przytomności i czynnościach wegetatywnych oraz usunąć stan zagrożenia życia.

Standard I

Temat: Stan zagrożenia życia

Grupa opieki: Każdy chory nieprzytomny w oddziale intensywnej opieki

Oświadczenie standardowe: Intensywny nadzór umożliwia szybkie rozpoznanie u chorego zagrożenia życia i zapobieganie jego rozwojowi.

Uzasadnienie: Rozwijająca się w stanach utraty przytomności ciasnota śród-czaszkowa prowadzi do zakłócenia funkcji mózgowych ośrodków krążenia, oddychania, termoregulacji itp., wywołując stan zagrożenia życia chorego. Zapewnienie pacjentowi nieprzytomnemu intensywnego nadzoru umożliwia szybkie rozpoznanie rozpoczynających się zaburzeń i przywrócenie stanu równowagi funkcji organizmu.

Kryterium struktury

1. Każdy chory nieprzytomny przebywa w oddziale intensywnej terapii i ma dokumentację, która umożliwi ciągłe nanoszenie danych z obserwacji bezpośredniej, z dokonywanych pomiarów czynności życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddech, temperatura) oraz wyników badań diagnostycznych i specjalistycznych.

2. Oddział wyposażony jest w sprzęt zapewniający nadzór przyrządowy: kardiomonitorzy przyłóżkowe, pulsoksymetry, elektrody, stetoskopy, aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, termometry lekarskie, cewniki Foleya, zestawy do godzinowej zbiórki moczu.

W oddziale są dostępne procedury postępowania pielęgniarskiego (np. założenie cewnika, podłączenie do kardiomonitora itp.).

3. Za opiekę nad pacjentem jest odpowiedzialna pielęgniarka, która ukończyła specjalizację z pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

Pielęgniarka zna:

- przyczyny utraty przytomności;
- zagrożenia wynikające z utraty przytomności;
- objawy świadczące o stanie zagrożenia życia (ze strony układu krążenia, oddechowego, termoregulacji itp.).

Pielęgniarka umie:

- dokonać oceny stanu klinicznego chorego;
- ocenić stan przytomności chorego według skali Glasgow;
- prowadzić obserwację chorego bezpośrednią i przyrządową;
- obsługiwać sprzęt monitorujący i interpretować parametry czynności życiowych.

4. Członkowie zespołu terapeutycznego korzystają ze wspólnej dokumentacji chorego i dokonują wymiany informacji o jego stanie zdrowia.

Kryterium procesu

1. Pielęgniarka przygotowuje elektrody, sprzęt do ogolenia klatki piersiowej, pastę przewodzącą.

2. Ocenia konieczność ogolenia klatki piersiowej chorego, zakłada elektrody w tzw. odprowadzeniu trójpunktowym (czerwone, czarne, żółte), podłącza chorego do kardiomonitora przyłóżkowego.

3. Ocenia częstości oddechów z zastosowaniem elektrod EKG, dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, pulsoksymetrii, pobiera krew na oznaczenie badań biochemicznych.

4. Zakłada cewnik do pęcherza moczowego w celu monitorowania diurezy (wg przyjętej procedury postępowania).

5. Pielęgniarka ocenia stan kliniczny chorego w zakresie:

- ośrodkowego układu nerwowego: stan przytomności (wg skali Glasgow), drżenia, prężenia, drgawki, niedomykalność powiek, zaburzenia czucia, ruchu;
- układu oddechowego (częstość, rytm, głębokość oddechu, wysiłek przy oddychaniu; zaciąganie dołków nadobojczykowych i skurcz mięśni mostkowo-obojczykowo-sutkowych podczas wdechu, stridor lub świsty);

- układu krążenia, dokonując: pomiaru tętna (częstość, rytm, napięcie); pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (przestrzegając zasady pomiaru, tj. dobierając właściwą szerokość i długość mankietu, czas wypuszczania powietrza z mankietu 20–30 s, częstość dokonania pomiaru – nie częściej niż co 2 min), obserwacji kończyn górnych i dolnych w kierunku rozpoznania obrzęków (rozmiar, symetria), obecności żyłaków i zmian skórnych;

- skóry i błon śluzowych (zabarwienie, temperaturę, napięcie, wilgotność, występowanie zmian patologicznych);

- układu kostno-mięśniowo-stawowego (zakres ruchów w stawach, zniekształcenia, napięcie mięśniowe, przykurcze).

6. Wyniki pomiarów i obserwacji zapisuje w dokumentacji chorego.

7. Pielęgniarka wspólnie z lekarzem analizuje uzyskane wyniki i na ich podstawie ustala zagrożenie życia oraz planuje i realizuje działania ukierunkowane na zmniejszenie bądź likwidację występujących zagrożeń.

Kryterium wyniku

Stosowany intensywny nadzór stanu klinicznego chorego umożliwił:

- wczesne wykrycie odchyień w funkcjonowaniu organizmu;
- ustalenie planu opieki ukierunkowanej na zmniejszenie lub zlikwidowanie zagrożeń życia.

Standard II

Temat: Drożność dróg oddechowych

Grupa objęta opieką: Chory nieprzytomny bez objawów niewydolności oddechowej

Oświadczenie standardowe: Chory nieprzytomny ma zapewnioną drożność dróg oddechowych.

Uzasadnienie: U chorego nieprzytomnego występuje ryzyko niedrożności dróg oddechowych, uwarunkowane występowaniem hipoksji i zmniejszeniem napięcia mięśni (powodujące opadanie żuchwy, zapadanie języka) oraz ograniczeniem samooczyszczania dróg oddechowych.

Kryterium struktury

1. W oddziale jest sprzęt i materiały potrzebne do przywrócenia i utrzymania drożności dróg oddechowych (rurki ustno-gardłowe, nosowo-gardłowe, ssaki elektryczne lub próżniowe, laryngoskopy z łyżką prostą i zakrzywioną, komnituba, rurki intubacyjne, tracheostomijne, cewniki do odsysania).

2. Pielęgniarka ma wiedzę z zakresu:

- anatomii i fizjologii układu oddechowego;
- rozpoznawania i zapobiegania niedrożności dróg oddechowych;
- bezpiecznego ułożenia chorego nieprzytomnego;
- zasad mechanicznego odsysania wydzieliny z drzewa oskrzelowego.

3. Pielęgniarka umie:

- ocenić drożność dróg oddechowych;
- założyć rurkę ustno-gardłową lub nosowo-gardłową, a w sytuacji zagrożenia życia także rurkę intubacyjną;

- wykonać toaletę drzewa oskrzelowego i ocenić jej skuteczność.

4. W oddziale jest sprzęt do wykonania toalety drzewa oskrzelowego:

- ssak elektryczny lub próżniowy, cewniki jednorazowego użycia do odsysania z zaokrąglonym końcem i otworami bocznymi o różnej średnicy (od 12–18 Charr.);

- sól fizjologiczna, jałowe rękawiczki, strzykawka z solą fizjologiczną, aparat Ambu, stetoskop, łącznik Y, dostęp tlenu, worek na zużyte materiały.

5. Oddział ma możliwość oznaczenia badań gazometrycznych.

6. W oddziale są procedury postępowania pielęgniarskiego: ułożenia chorego w pozycji bocznej ustalonej, zakładania rurki ustno- lub nosowo-gardłowej, rurki intubacyjnej, toalety drzewa oskrzelowego, wykonania gazometrii (patrz procedury).

7. Dokumentacja chorego umożliwia zapis działań udrożniających drogi oddechowe.

Kryterium procesu

1. Pielęgniarka kontroluje jamę ustną i ją oczyszcza.

2. Układa chorego w pozycji płaskiej z zastosowaniem rękoczynu polegającego na uniesieniu żuchwy oraz odgięciu głowy do tyłu i założeniu rurki ustno-gardłowej lub układa chorego w pozycji bocznej ustalonej (patrz procedury).

3. Przygotowuje zestaw do intubacji i asystuje w jej wykonaniu, a w sytuacji zagrożenia życia pielęgniarka – specjalistka wykonuje ją samodzielnie.

4. Pielęgniarka przygotowuje sprzęt do wykonania toalety drzewa oskrzelowego:

- indywidualnie dla każdego chorego ustala częstość jej wykonania;
- informuje chorego o zamierzonym działaniu;
- zabieg wykonuje przy współpracy drugiej osoby;
- przed odsysaniem oklepuje klatkę piersiową chorego;
- najpierw oczyszcza jamę ustną i nosową, aby w czasie otwarcia balonu uszczelniającego rurkę, zapobiec spłynięciu wydzieliny do tchawicy;
- kontroluje skuteczność odsysania, osłuchując stetoskopem szczyty i podstawy obu płuc chorego;
- u chorego z rurką intubacyjną kontroluje umiejscowienie i umocowanie rurki.

5. Pielęgniarka pobiera krew do badań gazometrycznych (patrz procedura).

6. Pielęgniarka na bieżąco dokonuje zapisu w dokumentacji chorego: godziny odsysania, wyglądu wydzieliny, zapachu, ilości, reakcji chorego, parametrów ciśnienia krwi, tętna i oddechów.

Kryterium wyniku

1. Wydzielina z dróg oddechowych została usunięta, zapewniając ich drożność.
2. Chory jest spokojny, a jego oddech stabilny.
3. Wyniki badań gazometrycznych są w normie.

Standard III

Temat: Dostarczenie indywidualnego zapotrzebowania na substancje odżywcze

Grupa opieki: Chory nieprzytomny żywiony dożołądkowo

Oświadczenie standardowe: Karmienie chorego przez zgłębnik zapewnia pokrycie dobowego zapotrzebowania na niezbędne substancje odżywcze.

Uzasadnienie: Chory nieprzytomny ze względu na zaburzenia połykania, odżywiany jest przez zgłębnik żołądkowy z uwzględnieniem indywidualnego zapotrzebowania na substancje odżywcze.

Kryterium struktury

1. Oddział wyposażony jest w zgłębniki do żywienia (miękkie poliwinilowe, wymieniane co 7–10 dni), poliuretanowe (wymieniane co 6 tyg.), stetoskop, korki do zewnętrznego zabezpieczenia zgłębnika, podkłady lub serwetki, lejek, strzykawki o pojemności 50 lub 100 ml, pompy do żywienia, zestawy do żywienia, gotowe mieszanki odżywcze, plaster, nożyczki.

2. Pielęgniarka zna:

- zasady żywienia dożołądkowego;
- technikę karmienia przez zgłębnik żołądkowy;
- powikłania żywienia dożołądkowego.

3. Pielęgniarka umie:

- założyć zgłębnik żołądkowy;
- ocenić umiejscowienie zgłębnika;
- regulować szybkość przepływu podawanej mieszanki, zależnie od stosowanej metody;

- pielęgnować chorego z założonym zgłębnikiem żołądkowym.

4. Pielęgniarka ma dostęp do procedur sztucznego karmienia oraz literatury związanej z tym tematem.

5. Oddział ma możliwość wykonania badań biochemicznych oceniających stan odżywienia.

6. W oddziale są środki do pielęgnacji jamy ustnej: boraks z gliceryną, gaziki, rękawiczki, krem natłuszczający, latarka.

7. Pielęgniarka zna niebezpieczeństwa ograniczenia ruchów w stawie żuchwowym, umie wykonać masaż mięśni żwaczy – w tym zakresie współpracuje z rehabilitantem.

Kryterium procesu

1. Pielęgniarka wraz z lekarzem ustala metodę żywienia chorego:
 - ciągły wlew mieszanki pokarmowej;
 - przerywana podaż pokarmu w ciągu 1 godz. 4 x dziennie lub
 - metoda porcji (podawanie jednorazowo 250 ml ze strzykawki).
2. Pielęgniarka przygotowuje zestaw do żywienia, wybiera drogę założenia zgłębnika (usta, nos) w zależności od wskazań.
3. Zakłada zgłębnik wg przyjętej procedury pielęgniarskiej, kontroluje jego umiejscowienie w żołądku, stosując jedną z metod:
 - zaaspirowanie treści pokarmowej;
 - osłuchanie stetoskopem nadbrzusza podczas wprowadzenia 10 ml powietrza (następnie usuwa powietrze z żołądka);
 - zanurzenie końca zgłębnika w wodzie (gdy jest w tchawicy, wydobywają się pęcherzyki powietrza).
4. Pielęgniarka obserwuje chorego (kolor skóry, kaszel, pobudzenie psychoruchowe).
5. Przed każdym karmieniem kontroluje: zaleganie treści żołądkowej, temperaturę podawanego pokarmu (maks. 30°C).
6. Przygotowuje zestaw do żywienia i podaje przez niego pokarm (zestaw wymienia co 24 godz.) lub nabiera pokarm do strzykawki, podaje go do żołądka, przestrzegając obowiązującej szybkości (100 ml pokarmu podaje ze strzykawki w ciągu 5–10 min, przez zestaw 10–15 min, a przez pompę w ciągu 1 godz.). Leki dobrze roztarte podaje do mieszanki. Po skończeniu karmienia każdorazowo przepłukuje zgłębnik ok. 20–30 ml wody, zewnętrzny koniec zgłębnika zabezpiecza korkiem.
7. Wykonane karmienie odnotowuje w dokumentacji chorego (ilość podanej mieszanki, leki, zaobserwowane zmiany).
8. Pobiera krew do badań biochemicznych.
9. Kontroluje latarką czystość jamy ustnej, zalegającą treść odsysa, jamę ustną pędzluje boraksem z gliceryną, wargi przemywa wodą i natłuszcza kremem, zmienia umocowanie zgłębnika.
10. Kontroluje choremu ślinianki przyuszne i 5 x dziennie wykonuje bierne ruchy żuchwą oraz masaż mięśni żwaczy.

Kryterium wyniku

1. Zgłębnik założony jest do żołądka.
2. Nie zaobserwowano powikłań karmienia (biegunki, wymiotów, krwawień z przewodu pokarmowego).
3. Chory otrzymuje dobowe zapotrzebowanie składników odżywczych.
4. Stan nawodnienia chorego prawidłowy, skóra, śluzówki napięte, wilgotne bez zmian patologicznych.
5. Wyniki badań biochemicznych są w normie (poziom białka, elektrolitów, hematokryt).
6. Błona śluzowa jamy ustnej różowa, bez cech zapalnych, nalotów, osadu, pęknięć.
7. Ślinianki przyuszne bez obrzęku.

Standard IV

Temat: Utrzymanie skóry i słuzówek w czystości

Grupa opieki: Każdy chory nieprzytomny

Oświadczenie standardowe: Kompensacyjny system opieki pozwala utrzymać skórę i słuzówki chorego w czystości.

Uzasadnienie: Stan utraty przytomności uniemożliwia choremu dbanie o higienę ciała i bielizny.

Kryterium struktury

1. Oddział wyposażony jest w:

- bieżącą wodę, miski, środki czystościowe, ręczniki, dzbanek, ściereczki, podkłady, wate, kremy, szampon, opatrunki OpSite, spirytus.

2. Pielęgniarka ma dostęp do procedur postępowania pielęgniarstwiej (toalety całego ciała, toalety jamy ustnej, mycia głowy, zmiany bielizny pościelowej, pielęgnacji wklucia).

3. Pielęgniarka zna:

- zasady wykonania toalety ciała, jamy ustnej, oczu, uszu;
- zagrożenia wynikające z braku higieny osobistej chorego;
- powikłania występujące przy braku oczyszczania gałek ocznych.

4. W oddziale są środki do pielęgnacji gałek ocznych: jałowe gaziki, jałowe rękawiczki, woda destylowana, maści do oka, szkiełka zegarkowe.

5. Zespół oddziału współpracuje z okulistą.

Kryterium procesu

1. Pielęgniarka wykonuje 2 x dziennie toaletę całego ciała oraz toaletę częściową w zależności od potrzeby. Skórę dokładnie osusza, smaruje kremem natłuszczającym i oddziela watą miejsca narażone na odparzenia (pod pachami, pod piersiami u kobiet, worek mosznowy u mężczyzn).

2. Pielęgnuje jamę ustną (wg procedury).

3. Systematycznie oczyszcza nos za pomocą urządzenia odsysającego, zakrapla solą fizjologiczną co 2–3 godz. oraz wprowadza wacikiem olejek parafinowy co 8 godz.

4. Raz dziennie oczyszcza przewód słuchowy zewnętrzny z woskowiny.

5. Codziennie kontroluje stopy i ewentualnie usuwa zrogowaciały naskórek.

6. Bieliznę osobistą i pościelową zmienia codziennie i w razie potrzeby. Raz w tygodniu kontroluje czystość i długość paznokci oraz myje głowę choremu w łóżku.

7. Używając wody destylowanej i sterylnych gazików, przemywa oczy ruchem w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego kąta oka. Zakłada opatrunek ze szkiełkiem zegarkowym.

8. W przypadku sklejonnych powiek przed rozpoczęciem oczyszczania oka (dla zmiękczenia wydzieliny) na kilka minut zakłada wilgotny ciepły okład.

9. Raz w tygodniu planuje konsultację okulisty i stosuje się do jego zaleceń.

Kryterium wyniku

1. Skóra chorego jest czysta, natłuszczona, bez odparzeń.
2. Skóra głowy i włosy czyste, bez łupieżu i stanu zapalnego, paznokcie krótkie, czyste.
3. Śluzówki jamy ustnej wilgotne, bez nalotów, osadu i owrzodzeń.
4. Ucho zewnętrzne czyste. Przewody nosowe drożne, śluzówka wilgotna, bez cech stanu zapalnego, krwawień i owrzodzeń.
5. Spojówki oczu różowe, bez cech zapalnych i wydzieliny ropnej. Powieki nie skleione.

Standard V**Temat: Zapobieganie powikłaniom unieruchomienia**

Grupa opieki: Każdy chory nieprzytomny

Oświadczenie standardowe: Zabiegi pielęgnacyjne zmniejszają bądź likwidują ryzyko wystąpienia powikłań z unieruchomienia.

Uzasadnienie: Długotrwałe unieruchomienie chorego w łóżku, spowodowane zaburzeniem przytomności, wywiera negatywny wpływ na funkcjonowanie wszystkich układów organizmu. Następstwem długotrwałego braku aktywności ruchowej jest niebezpieczeństwo wystąpienia różnorodnych powikłań (odleżyny, choroba zakrzepowo-zatorowa, przykurcze mięśniowe, zniekształcenia stawowe, osteoporoza, zaparcia i zakażenia dróg moczowych). Wczesne rozpoczęcie usprawniania chorego zmniejsza następstwa unieruchomienia, a tym samym przeciwdziała wystąpieniu wymienionych powikłań.

Kryterium struktury

1. Pielęgniarka zna:

- następstwa długotrwałego unieruchomienia chorego;
- zasady przeciwdziałania skutkom unieruchomienia.

2. Pielęgniarka umie:

- ułożyć chorego w pozycji fizjologicznej;
- wykonać ćwiczenia bierne ruchowe;
- wykonać masaż brzucha i kiszki stolcowej;
- wykonać wlew doodbytniczy;
- ocenić ruchomość stawów;
- ocenić napięcie mięśniowe;
- rozpoznać objawy choroby zakrzepowo-zatorowej;
- ocenić ryzyko wystąpienia odleżyn i zapobiegać wystąpieniu odleżyn;
- założyć opaskę elastyczną lub pończochy przeciwżylakowe;
- wykonać ucisk podudzia.

3. W oddziale są procedury postępowania pielęgniarskiego (przemieszczania chorego, toalety ciała, zakładania cewnika do pęcherza moczowego, cewnika zewnętrznego).

4. Oddział wyposażony jest w sprzęt: aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi lub aparat pneumatyczny, centymetr, opaski elastyczne, pończochy przeciwżylakowe, wałki, poduszki, kliny, materace przeciwoleżynowe, środki do pielęgnacji skóry, parafina, zioła przeczyszczające, czopki Bisacodylu, sprzęt do wlewu doodbytniczego, pampersy, cewniki zewnętrzne.

5. W oddziale jest zatrudniony rehabilitant, który współpracuje z zespołem oddziału.

6. W dokumentacji jest możliwość zapisu obserwacji objawów choroby zakrzepowo-zatorowej, profilaktyki odleżyn, zniekształceń w stawach, przykurczów mięśniowych, infekcji dróg moczowych.

Kryterium procesu

1. Pielęgniarka układa chorego w pozycji fizjologicznej:

- kończyny górne ułożone powyżej tułowia, ramiona odwiedzone pod kątem 90°, nadgarstkowy staw w zgięciu grzbietowym dłoni, palce w lekkim półzgięciu, kciuk w opozycji do palca wskazującego;

- kończyny dolne uniesione o 20°, stawy biodrowe i kolanowe zgięte pod kątem 5–10°, stopa w zgięciu grzbietowym, w pozycji zerowej.

2. Pielęgniarka zmienia pozycję co 0,5–2 godzin. Przy każdorazowej zmianie pozycji wykonuje 5–10 ruchów w pełnym zakresie, w każdym stawie, w każdej płaszczyźnie z dociskiem na każdy staw (zwiększa to wydzielanie substancji maziowej). Wykonuje masaż kończyn dolnych. Aparatem do pomiaru ciśnienia lub pneumatycznym uciska podudzie chorego 4 x dziennie, każdorazowo po 2 min. Na kończynach dolnych kontroluje kolor skóry, temperaturę.

3. Codziennie mierzy obwód kończyn dolnych, a u chorego z żylakami zakłada opaski elastyczne lub pończochy przeciwżylakowe, zaczynając od części dystalnych. Rodzaj kompresji ustala z chirurgiem naczyniowym.

4. U chorych leczonych środkami trombolitycznymi obserwuje krwawienia do śluzówek, skóry, przewodu pokarmowego.

5. Okresowo pobiera krew do kontroli poziomu hematokrytu, białka, wapnia oraz oznaczenia układu krzepnięcia.

6. Zakłada choremu cewnik zewnętrzny lub pampersy, a okresowo cewnik Foley'a (postępuje zgodnie z procedurą postępowania).

7. Okresowo kontroluje zaleganie moczu.

8. Obserwuje cechy makroskopowe moczu (barwę, zapach, przejrzystość) w kierunku wczesnego wykrycia infekcji.

9. Systematycznie pobiera mocz do badań laboratoryjnych (ogólnego lub w razie potrzeby bakteriologicznego).

10. Uwzględnia indywidualnie dla każdego chorego podaż białka, błonnika, wapnia, wit. C oraz wody:

- między posiłkami (przez zgłębnik) podaje choremu soki owocowe (jabłko, marchew, jagody);

- na czczo podaje 15 g oleju parafinowego, a wieczorem napar z ziół przeczyszczających;

- wykonuje masaż: powłok brzusznych ruchami okrężnymi, rozpoczynając od strony prawej do lewej oraz masaż kiszek stolcowej. Przy braku wydalania wykonuje wlew przeczyszczający lub podaje czopek Bisacodylu.

11. Ustala wspólnie z rehabilitantem plan wykonywania ćwiczeń ruchowych biernych, kontynuuje go w godzinach popołudniowych i nocnych.

12. Wyniki obserwacji i pomiarów zapisuje w dokumentacji chorego.

Kryterium wyniku

1. Kończyny dolne bez cech stanu zapalnego.
2. Ruchomość w stawach prawidłowa.
3. Temperatura ciała w normie.
4. Skóra chorego jest czysta, sucha, bez zaczerwienienia.
5. Mocz makroskopowo i mikroskopowo bez zmian.
6. Poziom białka, wapnia, wit. C, hematokrytu, układ krzepnięcia w normie.
7. Chory oddaje stolec codziennie.

Standard VI

Temat: Zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa psychicznego

Grupa opieki: Chory nieprzytomny i jego rodzina

Oświadczenie standardowe: Chory nieprzytomny ma zapewnione bezpieczeństwo, a rodzina jest włączona do bezpośredniej opieki nad nim.

Uzasadnienie: Dotychczasowe badania naukowe nie ustaliły granicy zniesienia percepcji słuchowej, bólowej, dotykowej w stanach zaburzenia przytomności, stąd obowiązuje zasada traktowania chorego nieprzytomnego jako w pełni odbierającego wrażenia zmysłowe. W opiece nad chorym istotną rolę może pełnić jego rodzina, która uzyska potrzebne wsparcie.

Kryterium struktury

1. Pielęgniarka wie o potrzebie kontaktu psychicznego z chorym.
2. Pielęgniarka zna:
 - rodzaje wsparcia;
 - metody nawiązania i utrzymania kontaktu emocjonalnego z chorym (wербalnego i pozawerbalnego).
3. Pielęgniarka umie:
 - ocenić reakcje emocjonalne członków rodziny;
 - udzielić rodzinie wsparcia.

Kryterium procesu

1. Pielęgniarka jest stale obecna przy chorym, informuje go o każdym zamierzonym działaniu. Mówi spokojnie, krótkimi zdaniami.

2. Ocenia reakcje chorego na ból. Wszystkie czynności wykonuje delikatnie, ciepłymi dłońmi, wykluczając ruchy nagłe, wstrząsanie chorym i łóżkiem.

3. Unika intensywnego oświetlenia i głośnych rozmów. Sprawdza ułożenie i wygodę chorego.

4. Nawiązuje z nim kontakt pozawerbalny (trzymanie za rękę, głaskanie), zapewnia go o ciągłym nadzorze i bezpieczeństwie. Nie rozmawia przy chorym o jego stanie i zagrożeniach.

5. Ocenia reakcje emocjonalne członków rodziny.

6. Ocenia możliwości udzielania przez rodzinę wsparcia choremu (emocjonalnego i instrumentalnego). Wyjaśnia jej konieczność wykonywanych zabiegów pielęgnacyjnych u chorego, uczy ich wykonywania. Informuje o potrzebie mówienia do chorego, czytania mu książek, informowania go o pozytywnych zdarzeniach rodzinnych, umożliwienia mu słuchania preferowanej przez niego muzyki. Wyjaśnia potrzebę okazywania mu miłości i czułości (dotykanie, tulenie, całowanie). Umożliwia członkom rodziny rozładowanie napięcia emocjonalnego (aktywne słuchanie, zachęcanie do swobodnego wyrażania myśli i uczuć).

7. Pielęgniarka udziela wsparcia emocjonalnego i informacyjnego członkom rodziny chorego (okazywanie życzliwości, zrozumienia, chęci pomocy, załatwianie spraw urzędowych).

Kryterium wyniku

1. Rodzina jest usatysfakcjonowana opieką szpitalną nad chorym.

2. Jej reakcje negatywne (lęk, depresja, złość) obniżyły się.

3. Rozumie potrzebę i umie nawiązywać kontakt emocjonalny z chorym, okazywać mu pozytywne emocje.

4. Jest zaangażowana w bezpośrednią opiekę nad chorym.

BIBLIOGRAFIA

1. Deja A., Szawłowski K.: *Zapobieganie następstwom unieruchomienia u obłożnie chorych*. Postępy Rehabilitacji, T. IX, 1995, z. 2, s. 9–18.
2. Dison N.: *Technika zabiegów pielęgniarstwiej*. PZWL, Warszawa 1995.
3. Marino P.L.: *Intensywna terapia* (wyd. polskie pod red. Küblera A.). Urban & Partner, Wrocław 1994.
4. Schuster H.P., Pop T., Weilemann L.S.: *Kompendium intensywniej opieki medycznej łącznie z zatruciami*. PZWL, Warszawa 1994.
5. Swearingen P.L.: *Nursing procedures and guidelines*. Addison-Wesley Publishing Company, 1994.
6. Szawłowski K. i in.: *Zasady postępowania fizjo- i psychoterapeutycznego w oddziałach intensywniej opieki medycznej*. Pol. Tyg. Lek., 1981, 36, 10, s. 393–395.